

Piotr Szukalski

Instytut Socjologii UŁ

## Starzenie się ludności województwa śląskiego – nieunikniony wzrost zapotrzebowania na wsparcie publiczne?

### 1.1. Wprowadzenie

Starzenie się ludności to proces polegający na wzroście odsetka osób starszych wśród ogółu ludności. Granica, od której rozpoczyna się starość, jest różnie definiowana. W badaniach demograficznych przez wiele lat uznawano, iż taką cezurą wieku jest wiek 60 lat, lecz obecnie z uwagi na trwałe i znaczące wydłużanie się trwania życia coraz częściej za taką granicę uznaje się 65 lat.

Wzrost liczby i odsetka seniorów obserwowany jest i będzie na poziomie regionalnym, w tym i na obszarze województwa śląskiego. Proces starzenia się ludności posiada liczne, ważne ze społecznego punktu widzenia konsekwencje – populacja osób starszych bowiem to zbiorowość, która posiada swoją specyfikę. Jej najważniejszymi elementami jest przede wszystkim zmniejszająca się wraz z wiekiem odporność na kryzysy zdrowotne, rodzinne, ekonomiczne, współwystępująca ze wzrastającą niesamodzielnnością.

Celem niniejszego tekstu jest próba spojrzenia na prognozowane przemiany demograficzne i społeczne na terenie województwa śląskiego z perspektywy zapotrzebowania na wsparcie oferowane przez instytucje publiczne. Domniemywać bowiem należy, iż szybko rozrastająca się liczba seniorów samoistnie przekładać się będzie na wzrost zapotrzebowania na takie właśnie wsparcie.

Zważywszy na silny związek pomiędzy osiągnięciem zaawansowanego wieku a prawdopodobieństwem wystąpienia niepełnosprawności, długotrwałej, często obłożnej, choroby, tj. stanów charakteryzujących się wzmożonym odwoływaniem się do różnorodnych, posiadanych zasobów osobistych i społecznych, w niniejszym tekście szczególny akcent położony został na prezentację tych cech społeczno-demograficznych, które mogą być rozpatrywane jako wyznaczniki dostępu do wzmiankowanych zasobów.

Wedle kanonów dzisiejszej gerontologii podstawowym celem indywidualnym i społecznym odnośnie do starości, w tym i zaawansowanej starości, jest jak najdłuższe podtrzymywanie



autonomii seniorów i zapewnienie im wysokiej jakości życia, poprzez umożliwienie samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w którym przeżyli swe wcześniejsze etapy życia i do którego przywykli. W przypadku tak zdefiniowanego celu, wszelkie działania prywatne i publiczne powinny mieć charakter substytucji/kompensacji<sup>1</sup> wobec braku posiadanych zasobów materialnych, osobowych, kulturowych – zasobów niezbędnych do realizacji powyższego celu. Zasoby te bowiem mogą być traktowane jako nie tyle determinanty, ile warunki wstępne pożądanej samodzielności i zadowolenia z życia, zgodnie z socjologicznym podejściem stosowanym do analizy zdrowia, choroby i niepełnosprawności [Tobiasz-Adamczyk, 2000].

## 1.2. Etapy starzenia się ludności

Mówiąc o starzeniu się ludności, wyjść trzeba od stwierdzenia, iż opis tego zjawiska wyglądać może różnie, w zależności od tego, jaki typ wieku przyjmiemy do dokonywanych analiz. Wiek to przede wszystkim wielkość określająca, na jakim etapie życia znajduje się dana jednostka. Istnieją różne typy wieku – najczęściej używane jest do jego określenia kryterium chronologiczne, zgodnie z którym wiek określany jest poprzez podanie liczby ukończonych, pełnych lat, jakie upłynęły od momentu urodzenia się danej jednostki. W takim przypadku współcześnie najczęściej uznaje się, iż starość rozpoczyna się w wieku 65 lat. Inną, również często wykorzystywaną możliwość to odwołanie się do pojęcia wieku ekonomicznego, społecznego lub funkcjonalnego. W przypadku tego pierwszego, bardzo często stosowanego w praktyce, wiek określa się na podstawie przynależności do określonych, zdefiniowanych na podstawie przepisów prawa grup osób zbyt młodych na aktywność zawodową (wiek przedprodukcyjny 0-17 lat), osób w wieku pełnej zdolności do pracy (wiek produkcyjny – 18-59 lat kobiety i 18-64 lata mężczyźni) i osób mających już możliwość uzyskania uprawnień do świadczenia emerytalnego na normalnych zasadach (kobiety – 60 lat i więcej, mężczyźni – 65 lat i więcej), które to osoby traktujemy jako stare.

Samo starzenie się ludności przebiega zazwyczaj według pewnego schematu, który najlepiej opisać, odwołując się do zmian wyglądu piramidy wieku. Piramida wieku to graficzna prezentacja informacji o liczbie ludności według wieku. Sam proces starzenia się ludności wynika z dwóch czynników – po pierwsze, obniżania się poziomu dzietności, a w konsekwencji zmniejszania się liczebności osób młodych (jest to tak zwane starzenie się od dołu piramidy wieku, wynikające ze zmniejszania się liczby osób młodych i w efekcie na relatywnym wzroście ważności populacji seniorów); po drugie, obniżania się umieralności, w wyniku czego coraz więcej osób

<sup>1</sup> Wyróżniam dwie możliwości – substytucję i kompensację – wychodząc z założenia, iż w niektórych przypadkach brak zasobów jest wynikiem świadomego – bądź nie – działania instytucji publicznych. W takim przypadku pomoc przybiera formę kompensacji szkód. W pozostałych przypadkach mamy do czynienia z działaniem bazującym nie na zasadzie swoistego odszkodowania, lecz na zasadzie wspierania wszystkich członków danej grupy potrzebujących wsparcia.



Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

dożywa do wieku 60, 70, 80 czy 90 lat (to z kolei jest tzw. starzenie się od góry piramidy wieku, będące rezultatem wzrostu bezwzględnej liczby osób starszych). Dodatkowo, niekiedy mamy do czynienia z przyspieszeniem lub spowolnieniem tego procesu pod wpływem czynnika kohortowego, tj. echa wydarzeń sprzed kilku dekad, silnie oddziałujących wówczas na poziom urodzeń. Przykładowo, fakt, iż obecnie w Polsce mamy do czynienia z szybkim starzeniem się ludności, zaś w nadchodzącym piętnastoleciu proces ten przybierze na sile, wynika z konsekwencji II wojny światowej, a dokładnie z powojennego wyżu demograficznego, którego pierwszy rocznik (urodzeni w 1946 r.) osiągnął w roku 2011 wiek 65 lat.

Proces starzenia się ludności posiada dualny charakter – oznacza to, iż gdy społeczeństwo dojrzewa do pojawienia się „starzenia od góry piramidy wieku”, tj. gdy umieralność osób dorosłych, a przede wszystkim starszych osiąga relatywnie niski poziom, nie dość iż wzrasta liczba i odsetek seniorów, to na dodatek zdecydowanie szybciej rośnie liczba i frakcja osób najstarszych. W efekcie mamy do czynienia z bardzo szybkim tempem rozrostu subpopulacji osób sędziwych, odznaczających się bardzo specyficznymi potrzebami. Wybór każdej granicy wieku jest oczywiście arbitralny, gdy mowa jest o procesie podwójnego starzenia się ludności. Nawiązać można do tradycyjnie występującego od początku lat 70., dzięki pionierskim pracom B. Neugarten, podziału starości na fazy. W takim przypadku można odwołać się do:

- 1) prac kongresu gerontologicznego w Bukareszcie, gdzie zaproponowano podział na trzy fazy (wczesna starość do 74 lat, późna starość – 75-89 lat, długowieczność – 90 lat i więcej);
- 2) podziału zaproponowanego przez S. de Beauvoir, która – dzieląc ludzkie życie na podstawie samodzielności ekonomicznej (możność utrzymania się z własnej pracy) i funkcjonalnej (zdolność do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego) – wyodrębniła 4 fazy życia, w tym 2 w okresie starości – trzeci wiek (wczesno-emerytalny wiek) i czwarty wiek (okres życia wymagający stałego wsparcia ze strony innych);
- 3) nowszego, rozpowszechnionego w USA podziału („młodzi starzy” – 65-74 lat, „starzy starzy” – 75-84 lata, „najstarsi starzy” – 85 lat i więcej).

Powyższe cezury stosować będziemy dalej, w zależności od dostępności danych.

### 1.3. Starzenie się ludności Polski w nadchodzących dekadach

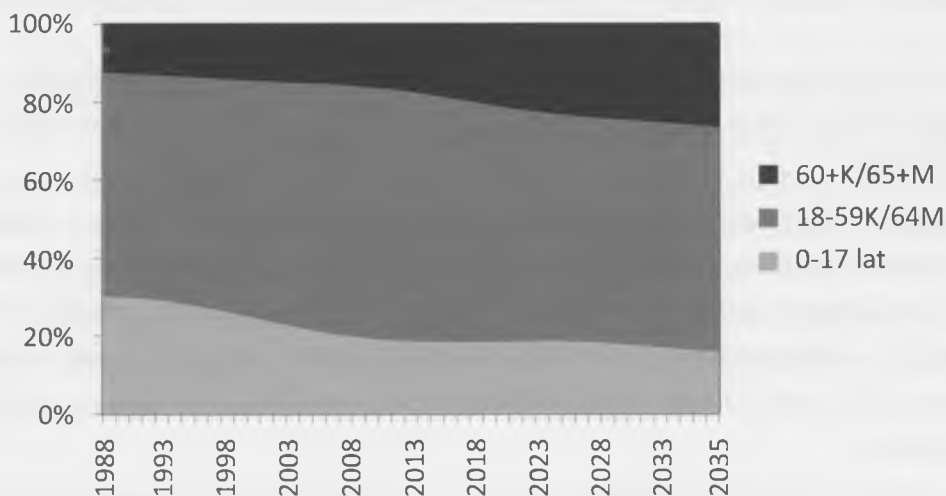
Mówiąc o starzeniu się ludności Polski, należy rozpocząć od przedstawienia rozkładu ludności według wieku ekonomicznego (Wykres 1). Źródłem poniższych danych – podobnie jak i wszelkich innych, o ile nie zaznaczono inaczej – są publikowane dane GUS, w tym dane

Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

pochodzące z *Prognozy ludności Polski na lata 2008-2035* [GUS, 2009]. Przypomnę, iż wiek ekonomiczny jest niezwykle często wykorzystywany w analizach procesu starzenia się. Jednakże jego granice zależne są od krajowego prawodawstwa, nakładającego obowiązek szkolny (a zatem i dolną granicę wieku produkcyjnego) i definiującego wiek emerytalny (minimalny, fakultatywny i obligatoryjny) – zatem górną granicę wieku produkcyjnego.

Obecnie w Polsce jako przedprodukcyjny definiowany jest wiek 0-17 lat, wiek zaś produkcyjny i poprodukcyjny określany jest odmiennie dla obu płci. Dla mężczyzn granicą rozdzielającą jest ustawowy wiek emerytalny wynoszący 65 lat, dla kobiet zaś – 60 lat. Powyższe, wynikające z przesłanek prawnych, granice są w rzeczywistości umowne, skoro ok. 40% osób w wieku 20-24 lat jeszcze pobiera naukę, zaś wiek otrzymania pierwszego świadczenia emerytalnego z ZUS wynosi w ostatnich latach dla mężczyzn ok. 59-60 lat, zaś dla kobiet ok. 57-58 lat.

**Wykres 1.** Rozkład wieku ludności Polski w latach 1988-2035 według ekonomicznych grup wieku (w %).



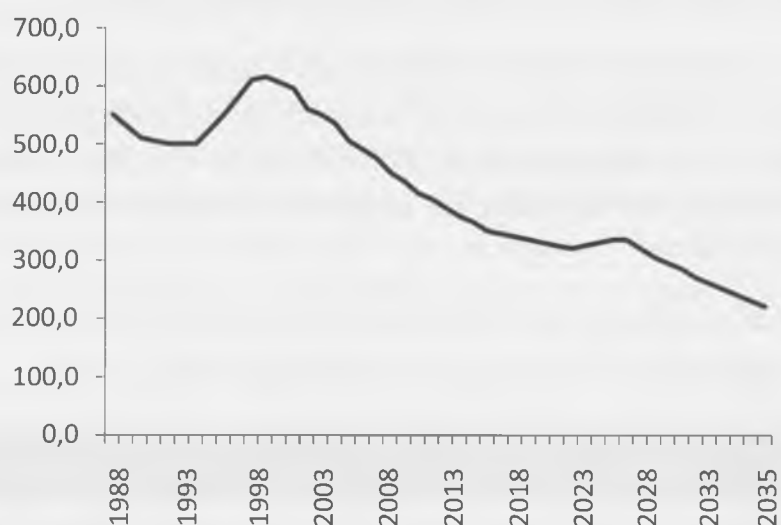
Rzuć oka na powyższy wykres pozwala na stwierdzenie, iż bardzo stabilna była i będzie frakcja osób w wieku produkcyjnym. Bardzo dużym zmianom podlegają natomiast dwie pozostałe podgrupy. Udział dzieci w trakcie pierwszych dwóch dekad objętych analizą stale się zmniejszał, z 30% w roku 1988 do 19% w 2011 roku, następnie dzięki oczekiwanemu wzrostowi liczby urodzeń w latach 2009-2026 utrzymywać ma się na poziomie 18-19%, po czym będzie maleć, osiągając 15,6% w ostatnim roku prognozy. Całkowicie nieskomplikowanie natomiast opisać można tendencje dotyczące zmian udziału osób w wieku poprodukcyjnym – w całym okresie oczekiwany jest wzrost względnej ważności tej subpopulacji, przejawiający się zwiększeniem odsetka tych osób z 12,4% w 1988 do 26,7% w 2035 roku.



Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Z uwagi na występujące podwójne starzenie się ludności w ostatnich latach, w analizach demograficznych i gerontologicznych priorytetowo traktowany jest współczynnik potencjału pielęgnacyjnego (Wykres 2). Miara ta definiowana jest jako stosunek liczby typowych opiekunów osób sędziwych i tychże właśnie osób w czwartym wieku w przeliczeniu na 100 jednostek. Jako osoby wymagające w zdecydowanej większości stałego wsparcia traktowane są osoby mające przynajmniej 80 lat. Ponieważ z reguły funkcję rodzinnego opiekuna wykonują w takim przypadku dzieci płci żeńskiej osób najstarszych, stąd też w praktyce potencjał pielęgnacyjny utożsamiany jest z liczbą kobiet w wieku 45-64 lat.

**Wykres 2.** Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego w Polsce w latach 1988-2035.



Generalnie współczynnik potencjału pielęgnacyjnego w analizowanym okresie charakteryzuje się tendencją malejącą. Pojawiające się odchylenia od trendu wynikają z czynnika kohortowego – np. wzrost wartości omawianego miernika pod koniec XX wieku wynikał z zasilania mianownika przez mało liczne roczniki urodzone w okresie I wojny światowej przy jednoczesnym wchodzeniu do zbiorowości kobiet w wieku 45-64 lata licznych generacji *baby-boomu* z lat 1946-1960. W rezultacie zachodzących zmian, w ostatnim objętym analizą roku, współczynnik ten osiągnie wartość 2/5 stanu wyjściowego. Tym samym oczekiwać należy, iż zmniejszającemu się potencjałowi opiekuńczemu rodziny w nadchodzących dekadach towarzyszyć będzie wzrost popytu na instytucjonalne formy wsparcia.

## 1.4. Starzenie się ludności województwa śląskiego

Proces starzenia się ludności różnorodnie przebiega w przypadku mniejszych jednostek terytorialnych, w przypadku których specyficzne czynniki rzutują – poprzez częstość urodzeń, zgonów i migracji – na strukturę ludności według wieku.



Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Proces starzenia się ludności ma różny poziom zaawansowania w poszczególnych jednostkach administracyjnych naszego kraju. W końcu 2010 roku znaleźć można było województwa o relatywnie niskim (lubuskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie), jak i wysokim (łódzkie, świętokrzyskie, podlaskie) odsetku osób starszych. Na tle innych jednostek administracyjnych województwo śląskie odznacza się niejednoznaczną pozycją (Tabela 1) – udział osób starszych jest wyższy od średniej krajowej, lecz jednocześnie niższa jest frakcja osób będących w bardziej zaawansowanym wieku. Jest to konsekwencja następujących trzech czynników: 1) niższej od średniej ogólnopolskiej (w długim okresie) skłonności do posiadania potomstwa (co poprzez efekt starzenia się od dołu podwyższa udział seniorów), 2) ruchów migracyjnych z lat 1960-1990 (napływ ludności do pracy w zakładach przemysłowych, która to ludność osiąga wiek emerytalny, choć jeszcze nie dobiegła do „czwartego wieku”), 3) wyższej od średniej umieralności (a zatem mniejszej szansy dożycia do bardziej zaawansowanego wieku<sup>2</sup>).

Przedstawione w poniższej tabeli wielkości (informacje o odsetku osób w wieku 60+, 65+, 75+, 85+ lat) pozwalają na dokonanie obliczeń odnoszących się do bardziej jednorodnych grup wieku. Przykładowo, chcąc obliczyć frakcję „starych starych” (tj. osób w wieku 75-84 lata), wystarczy odjąć od odsetka osób w wieku 75+ udział tych w wieku 85 lat i więcej.

**Tabela 1.** Odsetek osób starszych jako frakcja ludności ogółem w latach 2010-2030 według wieku i województw – prognoza ludnościowa GUS z 2008 r. (w %).

Województwo	2010				2020				2030			
	60+	65+	75+	85+	60+	65+	75+	85+	60+	65+	75+	85+
Dolnośląskie	20,1	13,4	6,6	1,4	27,0	19,5	6,6	2,1	28,9	23,3	11,3	2,1
Kujawsko-pomorskie	18,9	12,6	5,9	1,3	25,0	18,0	6,3	1,8	27,7	22,1	10,4	2,0
Lubelskie	20,3	14,5	7,1	1,5	25,8	18,9	7,3	2,1	29,0	23,1	11,0	2,3
Lubuskie	18,2	11,7	5,6	1,1	25,2	17,8	5,8	1,7	27,8	22,3	10,5	1,8
Łódzkie	21,9	15,0	7,3	1,6	27,8	20,4	7,4	2,2	30,2	24,2	11,8	2,3
Małopolskie	19,1	13,6	6,4	1,3	23,6	17,2	6,8	2,0	26,6	20,8	9,7	2,1
Mazowieckie	20,5	14,4	7,2	1,6	25,2	18,5	7,1	2,2	26,8	21,4	10,6	2,2
Opolskie	20,1	14,2	6,4	1,2	26,3	19,0	7,4	2,1	30,1	23,8	10,9	2,3
Podkarpackie	18,5	13,1	6,3	1,3	23,7	17,1	6,6	2,0	27,4	21,5	9,8	2,1
Podlaskie	20,0	14,8	7,4	1,6	25,3	18,2	7,6	2,4	29,3	23,2	10,7	2,5
Pomorskie	18,3	12,2	5,7	1,2	23,9	17,3	6,2	1,8	26,2	20,8	10,0	2,0
<b>Śląskie</b>	<b>20,5</b>	<b>14,3</b>	<b>6,1</b>	<b>1,2</b>	<b>26,9</b>	<b>19,5</b>	<b>7,4</b>	<b>1,9</b>	<b>29,7</b>	<b>23,7</b>	<b>11,3</b>	<b>2,4</b>
Świętokrzyskie	21,3	15,0	7,4	1,6	27,7	20,2	7,6	2,3	31,0	24,9	12,0	2,4
Warmińsko-mazurskie	17,4	11,8	5,6	1,1	24,1	16,9	6,0	1,8	27,5	21,8	10,0	1,9
Wielkopolskie	18,2	11,8	5,6	1,2	23,7	17,0	5,7	1,6	26,2	20,7	9,7	1,7
Zachodniopomorskie	18,9	12,3	5,8	1,2	26,0	18,5	6,1	1,8	28,2	22,7	10,8	1,9
<b>POLSKA</b>	<b>19,6</b>	<b>13,5</b>	<b>6,4</b>	<b>1,4</b>	<b>25,4</b>	<b>18,4</b>	<b>6,8</b>	<b>2,0</b>	<b>28,0</b>	<b>22,3</b>	<b>10,6</b>	<b>2,1</b>

**Źródło:** obliczenia własne na podstawie [GUS, 2009]

<sup>2</sup> Przykładowo, w Polsce w roku 2011 trwanie życia (tj. średnia liczba lat, jaką nowo narodzone dziecko ma przed sobą do przeżycia) noworodka płci męskiej wynosiło 72,4 lat, zaś noworodka płci żeńskiej – 80,9 lat. W przypadku województwa śląskiego wielkości te wyniosły odpowiednio 71,9 i 79,8 lat [GUS, 2012]. Co więcej, odkad tylko tego typu szacunki są dostępne dla terenu obecnego województwa śląskiego, a wcześniej katowickiego, trwanie życia osiągało tam niższe wartości od średniej ogólnopolskiej.



Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Wraz z upływem czasu przewidywana jest zmiana pozycji województwa śląskiego – prognozowana niska dzietność oraz wydłużające się trwanie życia doprowadzić mają do sytuacji, gdy w przypadku każdej grupy seniorów ich odsetek będzie odznaczał się szybszym tempem wzrostu niż średnia dla kraju. Po części, będzie to rezultat kurczenia się wielkości populacji województwa, w przypadku którego pomiędzy rokiem 2010 a 2030 przewidywany jest spadek liczby ludności ogółem o 8,9%, podczas gdy w tym samym okresie liczba ludności Polski zmniejszy się o 3,4%. W efekcie powyższych czynników w roku 2030 w województwie śląskim występować będzie wyższy od średniej wskaźnik częstości osób starszych w każdej z analizowanych w tabeli 1 grup wieku. Osoby po 60. roku życia stanowić będą prawie 30% ogółu ludności, zaś 1/9 populacji mieć będzie przynajmniej 75 lat.

Mówiąc o województwie śląskim, zdawać sobie należy sprawę z tego, iż również w ramach zlokalizowanych na jego terenie mniejszych jednostek administracyjnych – powiatów – występuje i występować będzie zróżnicowanie poziomu zaawansowania procesu starzenia się ludności. Wnioskować na ten temat będziemy na podstawie opublikowanej w sierpniu 2011 r. prognozy ludności Polski według powiatów, przygotowanej przez GUS. Generalnie, obecnie ludność miast na prawach powiatów odznacza się wyższymi frakcjami seniorów (Tabela 2), jednak w przyszłości zachodzić mają olbrzymie zmiany w tym zakresie.

Miasta na prawach powiatów wciąż będą generalnie posiadać starszą strukturę wieku, lecz różnice pomiędzy nimi a powiatami ziemskimi ewidentnie się zmniejszą. Jednostkami o najkorzystniejszej strukturze wieku w roku 2030 będą: w przypadku powiatów ziemskich – bielski, bieruńsko-lędziński i mikołowski, zaś w przypadków miast – Chorzów i Jastrzębie Zdrój. Najwyższy odsetek seniorów występować ma z kolei w powiatach ziemskich: zawierciańskim, myszkowskim i częstochowskim oraz w Sosnowcu i Siemianowicach Śląskich. Różnice pomiędzy ekstremalnymi jednostkami sięgać będą 1/5-1/6 frakcji, a zatem będą znaczące.

Patrząc na powyższe zmiany, pamiętać należy, iż ludność zdecydowanej większości analizowanych jednostek administracyjnych ma się zmniejszać, przy czym dotyczy to wszystkich miast na prawach powiatu i większości powiatów ziemskich. W tym ostatnim przypadku jedynie w powiatach: mikołowskim, bielskim i bieruńsko-lędzińskim spodziewany jest, pomiędzy rokiem 2011 a 2030, wzrost liczby mieszkańców (odpowiednio o 5%, 4,9% i 4,1%). Dominować będą spadki, przybierające niekiedy wysoki poziom, np. w przypadku powiatów ziemskich 11,7% (zawierciański) czy 11,1% (raciborski), zaś jeszcze wyższe w przypadku powiatów grodzkich, osiągając 19,8% w Żorach czy 19,2% w Sosnowcu. W przypadku powiatów grodzkich warto zaznaczyć, iż najkorzystniejszą sytuacją odznaczać się ma Chorzów, w którym między 2011 a 2030 populacja ma się zmniejszyć „jedynie” o 2,7%, zaś stolica województwa zazna, według prognoz GUS, spadku liczby ludności o 13,8%.

Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Z uwagi na konieczność uwzględnienia zmiany liczby ludności, warto się przyrzeć również i liczbom bezwzględnym (Tabela 3).

**Tabela 2.** Odsetek osób starszych jako frakcja ludności ogółem w latach 2011-2030 w województwie śląskim według wieku i powiatów (w %).

Powiaty	2011				2020				2030			
	60+	65+	75+	85+	60+	65+	75+	85+	60+	65+	75+	85+
<b>Powiaty ziemskie</b>												
będziński	23,4	15,7	7,1	1,6	29,0	21,1	7,5	2,1	29,9	24,2	12,0	2,3
bielski	18,9	13	5,9	1,2	23,5	16,7	6,1	1,6	26,8	20,8	9,3	1,8
bieruńsko-lędziński	16,7	11,7	4,9	0,9	22,3	15,1	5,8	1,4	26,6	20,6	8,4	1,8
cieszyński	20,0	13,6	6,0	1,3	25,2	18,3	6,7	1,8	28,2	22,2	10,4	2,1
częstochowski	21,2	14,9	7,4	1,7	26,7	19,0	7,1	2,2	31,3	24,4	11,0	2,2
gliwicki	20,2	14,4	6,0	1,0	25,7	18,6	7,6	1,8	29,4	23,2	10,6	2,4
kłobucki	20,7	14,8	6,9	1,5	25,1	18,0	7,1	2,0	29,3	22,6	10,1	2,2
lubliniecki	19,5	13,8	6,0	1,3	24,6	17,7	7,1	1,8	28,9	22,6	10,0	2,2
mikołowski	18,9	13,1	5,4	1,1	23,5	16,7	6,5	1,6	25,9	20,3	9,1	2,0
myszkowski	21,7	15,1	7,2	1,6	27,8	19,9	7,4	2,1	31,3	25,0	11,6	2,3
pszczyński	15,7	10,8	4,5	0,9	22,0	14,7	5,5	1,3	27,4	21,4	8,5	1,7
raciborski	20,0	14,5	6,4	1,2	25,7	18,5	7,8	2,0	30,2	23,8	10,5	2,4
rybnicki	18,7	13,2	5,6	1,1	23,8	16,7	6,7	1,6	27,9	21,9	9,4	2,1
tarnogórski	21,6	15,1	6,5	1,3	27,2	19,8	8,0	2,0	30,4	24,3	11,5	2,6
wodzisławski	20,6	14,4	5,7	1,1	24,6	18,0	7,4	1,7	27,7	21,8	9,9	2,3
zawierciański	23,5	16,0	7,5	1,7	29,7	21,8	7,8	2,3	32,9	26,4	12,9	2,5
żywiecki	19,7	13,9	6,7	1,3	23,9	17,2	6,7	2,0	28,0	21,7	9,7	2,0
<b>Miasta na prawach powiatu</b>												
Bielsko-Biała	22,5	15,2	6,8	1,5	27,6	20,8	7,7	2,1	29,0	23,5	12,2	2,5
Bytom	22,4	15,9	6,6	1,3	27,7	20,4	8,6	2,1	30,4	24,4	11,9	2,9
Chorzów	23,4	16,7	6,9	1,4	26,2	19,8	8,4	2,0	27,4	21,3	10,7	2,6
Częstochowa	23,0	15,7	7,5	1,6	29,8	21,9	7,9	2,3	32,2	26,3	13,2	2,6
Dąbrowa Górnicza	21,2	13,6	6,1	1,3	29,5	21,3	6,8	1,8	30,7	25,5	13,0	2,2
Gliwice	21,9	15,2	6,7	1,5	27,6	20,1	7,7	2,1	28,9	23,5	11,6	2,5
Jastrzębie-Zdrój	21,3	13,2	3,9	0,5	25,2	19,8	7,2	1,3	28,1	21,9	11,8	2,6
Jaworzno	20,4	14,4	6,4	1,1	27,0	18,8	7,4	2,0	31,1	24,9	10,9	2,4
Katowice	24,2	17,1	7,2	1,5	29,5	21,9	8,9	2,2	31,4	25,5	12,6	3,0
Mysłowice	19,1	13,1	5,2	1,0	25,3	17,5	6,8	1,6	28,5	22,9	10,0	2,2
Piekary Śląskie	21,8	15,3	6,4	1,3	28,5	20,3	8,1	2,0	31,1	25,3	11,7	2,7
Ruda Śląska	20,2	14,0	5,4	1,0	26,4	18,9	7,5	1,6	28,9	23,4	10,9	2,5
Rybnik	19,1	12,9	5,2	1,1	25,1	17,8	6,6	1,6	27,8	22,3	10,3	2,1
Siemianowice Śląskie	22,7	15,6	6,1	1,1	29,5	21,4	8,5	1,9	32,0	26,0	12,7	2,9
Sosnowiec	23,5	15,3	6,6	1,4	31,8	23,7	8,0	2,1	34,2	28,5	15,1	2,8
Świętochłowice	21,4	14,5	5,7	1,2	27,8	20,4	7,8	1,7	30,5	24,5	12,0	2,6
Tychy	19,5	12,5	5,5	0,9	28,4	20,0	6,6	1,8	29,9	25,1	12,4	2,2
Zabrze	20,6	14,6	6,3	1,2	26,3	18,6	7,8	1,9	30,2	24,0	10,7	2,6
Żory	16,9	9,0	2,9	0,6	27,3	19,6	5,0	1,0	29,7	25,1	13,2	1,9

**Źródło:** obliczenia własne na podstawie Prognozy demograficznej GUS na lata 2011-2035 dla powiatów dostępnej na stronie [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_11752\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_11752_PLK_HTML.htm)





Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Tabela 3.** Liczba osób starszych w powiatach województwa śląskiego według wieku w latach 2011-2030.

Powiaty	2011					2020					2030				
	Ogółem	60+	65+	75+	85+	Ogółem	60+	65+	75+	85+	Ogółem	60+	65+	75+	85+
<b>Powiaty ziemskie</b>															
będziński	151368	35424	23710	10766	2458	150766	43650	31861	11241	3098	146980	43975	35529	17665	3398
bielski	157262	29707	20423	9220	1910	163647	38535	27375	10015	2686	165038	44260	34406	15292	3011
bieruńsko-lędzki	57255	9590	6676	2802	511	59156	13219	8936	3413	845	59599	15849	12271	5002	1046
cieszyński	173546	34744	23581	10448	2313	176393	44402	32258	11766	3110	174760	49256	38785	18171	3589
częstochowski	133502	28282	19925	9920	2207	129239	34480	24530	9219	2818	120584	37689	29400	13205	2650
gliwicki	113275	22921	16257	6795	1160	109174	28066	20258	8246	1994	102987	30258	23938	10895	2454
kłobucki	84662	17493	12505	5856	1295	82925	20849	14950	5859	1680	78739	23060	17805	7986	1723
lubliński	76117	14828	10522	4548	965	74806	18387	13213	5295	1340	72255	20864	16305	7210	1592
mikołowski	93283	17647	12228	5070	1002	96638	22753	16138	6254	1502	97970	25352	19876	8926	1944
myszkowski	71117	15461	10726	5103	1152	68947	19188	13752	5097	1471	64887	20300	16216	7549	1523
pszczyński	106875	16777	11497	4861	953	107711	23721	15815	5876	1445	104326	28548	22351	8836	1786
raciborski	107990	21627	15605	6911	1245	102072	26258	18844	7922	2079	95960	28998	22876	10055	2327
rybnicki	74932	14012	9881	4209	815	75471	17984	12590	5082	1243	73338	20480	16029	6859	1535
tarnogórski	136019	29402	20597	8804	1722	131408	35745	26080	10454	2587	124477	37859	30187	14307	3198
wodzisławski	155802	32034	22383	8879	1771	155521	38330	27994	11434	2599	151324	41982	32988	15035	3485
zawierciański	121393	28558	19398	9096	2083	115808	34432	25213	9070	2626	107163	35263	28342	13811	2696
żywiecki	151276	29853	21090	10093	2009	151182	36138	26061	10159	2983	146567	41044	31756	14213	3002
<b>Miasta na prawach powiatu</b>															
Bielsko-Biała	173360	39054	26267	11707	2641	168643	46589	35058	12928	3463	161237	46834	37902	19721	4059
Bytom	179006	40030	28485	11828	2343	166630	46111	34043	14260	3478	151772	46124	37002	18108	4374
Chorzów	112758	26429	18775	7789	1600	111650	29222	22138	9330	2247	109671	30044	23349	11715	2847
Częstochowa	235848	54284	36997	17590	3731	221530	66045	48451	17441	5189	203361	65437	53512	26793	5279
Dąbrowa Górnicza	126733	26892	17216	7712	1657	121898	35916	25952	8230	2249	114382	35149	29121	14828	2513
Gliwice	192989	42326	29270	12930	2813	184566	50858	37142	14193	3796	174013	50370	40925	20230	4364
Jastrzębie-Zdrój	91013	19407	12033	3538	470	84568	21328	16740	6109	1067	76346	21452	16682	8997	1959
Jaworzno	94207	19256	13537	6037	1067	90898	24571	17100	6702	1786	85494	26625	21248	9337	2030
Katowice	302726	73144	51810	21812	4667	283810	83620	62067	25384	6265	260893	81812	66456	32884	7724
Mysłowice	74508	14241	9792	3875	778	73611	18604	12853	4990	1156	70834	20168	16194	7049	1569
Piekary Śląskie	58002	12628	8902	3725	728	55691	15880	11290	4538	1107	52372	16275	13243	6102	1408
Ruda Śląska	141885	28715	19828	7683	1364	135762	35800	25627	10170	2239	127054	36708	29792	13845	3132
Rybnik	140183	26830	18064	7335	1534	138205	34630	24651	9187	2151	133077	36985	29667	13666	2852
Siemianowice Śl.	69787	15820	10852	4253	794	65573	19328	14030	5550	1260	60003	19177	15595	7613	1719
Sosnowiec	214781	50461	32765	14209	2959	196455	62538	46585	15764	4178	173473	59279	49366	26163	4850
Świętochłowice	53299	11394	7736	3035	634	50668	14110	10311	3956	886	47031	14354	11521	5649	1229
Tychy	126560	24716	15873	6954	1137	118532	33687	23664	7824	2107	107419	32092	26956	13313	2385
Zabrze	183802	37802	26903	11544	2267	172639	45446	32158	13451	3366	158647	47902	38049	17033	4087
Zory	60016	10145	5389	1770	367	54895	15008	10766	2771	554	48114	14313	12058	6353	915

Źródło: obliczenia własne na podstawie Prognozy demograficznej GUS na lata 2011-2035 dla powiatów dostępnej na stronie [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_11752\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_11752_PLK_HTML.htm)



Porównanie liczebności bezwzględnych wskazuje w bezpośredni sposób na skalę zachodzących zmian i wyzwań – zwłaszcza wzrost liczby osób najstarszych, tj. mających ukończonych przynajmniej 85 lat jest wskazówką co do skali owych wyzwań. Patrząc na powyższe dane, starzenie się ludności będzie na terenie województwa śląskiego procesem silnie rzutującym na całą sferę działań podejmowanych przez sektor publiczny, kierujący się koniecznością uwzględniania nowych – lub jedynie odznaczających się wyższą intensywnością – potrzeb wytapiających się z przemian demograficznych.

## 1.5. Samodzielność funkcjonalna i ekonomiczna a wiek

Jednakże „demografia nie jest przeznaczeniem”. A zatem wzrost liczby i odsetka osób starszych nie musi oznaczać proporcjonalnego wzrostu zapotrzebowania na wsparcie prywatne i publiczne. Zapotrzebowanie to bowiem jest pochodną kilku zmiennych. Spośród nich warto wspomnieć o dwóch, na których się zatrzymamy – niesamodzielności i zdolności do zaspokojenia swych potrzeb za pomocą rozwiązań rynkowych.

W przypadku pierwszego czynnika nie dysponujemy bezpośrednimi wskaźnikami, zaś najprostszym i najbardziej osiągalnym miernikiem jest informacja o skali niepełnosprawności i jej związku z wiekiem. W tym przypadku najbardziej wiarygodne dane pochodzą z Narodowych Spisów Powszechnych (Tabela 4).

**Tabela 4.** Niepełnosprawność w Polsce w latach 1978–2002 według płci (liczba deklarujących niepełnosprawność prawną i/lub biologiczną w przeliczeniu na 1000 osób danej płci w danym wieku).

Wiek	Mężczyźni			Kobiety		
	1978	1988	2002	1978	1988	2002
0–14	6	6	30	5	4	23
15–19	13	12	35	10	10	27
20–29	18	20	38	13	14	27
30–39	34	41	57	28	32	43
40–44	64	76	107	57	67	89
45–49	100	131	166	95	127	151
50–54	161	215	258	148	214	250
55–59	219	318	363	185	284	292
60–64	261	356	408	202	286	308
65–69	254	335	368	207	302	351
70–74	267	355	414	234	340	415
75–79	310	376	458	274	362	463
80+	360	409	472	327	416	495

Źródło: [GUS, 1991: 37; GUS, 2003: 146–147]



Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

W ostatnich kilku dekadach w Polsce wyraźnie wzrastało natężenie niepełnosprawności we wszystkich grupach wieku. W większości rozwiniętych państw Europy sytuacja taka dotyczyła dzieci i młodzieży, odzwierciedlając obniżającą się umieralność w pierwszych latach życia, lecz jednocześnie w przypadku osób starszych odnotowywano redukcję częstości bycia niepełnym.

W ujęciu względnym największym przyrostem niepełnosprawności odznaczają się najmłodsze grupy wieku, z kolei w przypadku różnic bezwzględnych maksymalne występują wśród jednostek najstarszych, takich które ukończyły 65 lat. Pozostaje otwartym pytanie o przyczyny takiego wzrostu – czy jest to wynik zaniku selekcji naturalnej, efektu generacji, czy może zmiany o charakterze mentalnym? Rozpatrzmy kolejno te przyczyny:

**1) Zanik selekcji naturalnej** – w trakcie ostatnich stu lat obniżyła się intensywność zgonów w każdym wieku. W największym stopniu zmiany były widoczne w przypadku umieralności w pierwszym roku życia. W okresie przedtranzycyjnym na 1000 noworodków umierało ok. 250–300, tymczasem zgodnie z polskimi tablicami trwania życia wielkość ta kształtowała się na poziomie 160 w latach 1931–1932, 111 w 1950, 37 w 1970, 19 w 1990 i mniej niż 5 w 2011 roku. Tym samym nastąpił zanik selekcji naturalnej sprawiającej, iż do dzieciństwa, a tym bardziej dorosłości, dożywały tylko jednostki najsilniejsze, odznaczające się niskim prawdopodobieństwem wystąpienia chorób chronicznych. Poza tym na każdym etapie życia miało miejsce wzmiankowane ograniczanie umieralności, przejawiające się przede wszystkim obniżaniem się częstości zgonów nie wśród ludzi zdrowych, ale tych osłabionych innymi, długookresowymi przypadłościami zdrowotnymi. Efekt zaniku selekcji naturalnej wzmacniany jest w długim okresie przez proces reprodukcji. Słabszy materiał genetyczny rozprzestrzenia się bowiem coraz szybciej (wcześniej jednostki te nie dożyłyby do wieku rozrodczego), zwiększając zastępy jednostek o wrodzonych predyspozycjach do pewnych chorób.

**2) Efekt generacji** – demografii znana jest prawidłowość mówiąca, iż mężczyźni, którzy w trakcie dojrzewania doświadczali niedożywienia, podobnie jak kobiety mające takie same doświadczenia w okresie ciąży, odznaczają się gorszym stanem zdrowia i wyższą umieralnością; jest to prawdziwe również w przypadku osób niedożywionych w okresie życia płodowego – w takiej sytuacji możliwe, iż w przypadku osób starszych wzrost niepełnosprawności jest odroczoną konsekwencją II wojny światowej i powojennych problemów aprowizacyjnych.

**3) Zmiany mentalne** – o ile w przeszłości starość była utożsamiana z okresem ograniczenia normalnego funkcjonowania, co było traktowane jako stan „naturalny”, o tyle dziś coraz częściej starość traktowana jest jako etap życia, który może być przeżywany w pełnym zdrowiu. W takim przypadku każde niedomaganie i objaw niesamodzielności opisywany jest



jako „niepełnosprawność”. Ponownie wyjaśnienie to odnosi się przede wszystkim do zbiorowości osób starszych. Silnym wsparciem za znaczeniem czynnika kulturowego są dane, wskazujące na niezwykle duże przestrzenne zróżnicowanie deklarowanej niemożności samodzielniego funkcjonowania wśród polskich seniorów (np. wg NSP'2002 w wieku 75 lat i więcej niepełnosprawność deklarowało 68,5% osób zamieszkających w województwie małopolskim i jedynie 39,4% mieszkańców mazowieckiego).

Utrzymywanie się tak wysokiego jak odnotowany w roku 2002 poziomu niepełnosprawności w poszczególnych grupach wieku prowadziłoby – przy założeniu prawdziwości przedstawionych wcześniej prognoz demograficznych – do niezwykle szybkiego wzrostu zapotrzebowania na opiekę instytucjonalną. Przykładowo, przemiany demograficzne doprowadziłyby do wzrostu pomiędzy rokiem 2010 a 2030 liczb osób niepełnosprawnych w Polsce o 80%, zaś jednocześnie w tym samym czasie – przy założeniu stałości udziału klientów DPS w liczbie niepełnosprawnych osób w wieku 75 lat i więcej – zapotrzebowanie na miejsca w domach pomocy społecznej wzrosłoby o 67% [Szweda-Lewandowska, 2008].

Również niekorzystnie wygląda sytuacja ekonomiczna seniorów. Choć zdecydowana większość posiada własne źródło utrzymania, emeryturę lub rentę (zdecydowanie rzadziej, zazwyczaj w pierwszych latach po wkroczeniu w starość, wynagrodzenie), to dochody te nie należą do wysokich. W 2010 r. średnia emerytura wypłacana przez ZUS wynosiła 1 755 zł, przeciętna renta z tytułu niezdolności do pracy 1 300 zł, zaś renta rodzinna 1 527 zł. Świadczenia wypłacane przez KRUS wyniosły w przywołanych trzech kategoriach odpowiednio: 996 zł, 751 zł i 1 011 zł [GUS, 2011a]. Wielkości te w stosunku do średniej płacy brutto – wynoszącej odpowiednio 3 225 zł – nie wyglądają imponująco. Nawet jeśli uwzględnić fakt, iż płaca brutto uwzględnia część składek na ubezpieczenie społeczne pokrywanych przez pracobiorcę, a zatem porównywana powinna być jedynie kwota wynagrodzenia wraz z podatkiem dochodowym, wynosi ona 2 726 zł. W takim przypadku emerytura wypłacana przez ZUS stanowi 64,4% średniego wynagrodzenia, skądinąd kwoty – realistycznie oceniając – nie zapewniającej wysokiego poziomu życia, zaś ta wypłacana przez KRUS jedynie 36,5%. W perspektywie nadchodzących dekad sytuacja materialna przyszłych seniorów nie poprawi się. Choć zapewne każde kolejne roczniki uzyskiwać będą w ujęciu bezwzględny wyższe świadczenia, wzrastać będzie jednocześnie udział osób, które z uwagi na zbyt krótki staż pracy, wynikający z doświadczeń bezrobocia, nie będą posiadać żadnego innego źródła utrzymania niż pomoc społeczna. Tym samym nie należy oczekiwać możliwości powszechnego odwoływania się do rynku jako sposobu dostarczania usług w sytuacji niesamodzielności.



## 1.6. Nieformalne i formalne sieci wsparcia

Wzrastająca skala niesamodzielności, wynikająca choćby z rozrostu liczby osób bardzo starych, współwystępować będzie zatem z niemożnością zaspokojenia wytaniających się potrzeb za pomocą zakupu usług na rynku. Tym samym niezbędna pomoc udzielana może być jedynie na zasadach pozarynkowych, za pośrednictwem formalnych i nieformalnych sieci wsparcia.

Sieciami wsparcia nazywane są zespoły relacji między aktorami indywidualnymi i zbiorowymi prowadzące do podejmowania działań ukierunkowanych na zmniejszenie lub wyeliminowanie trudności doświadczanych przez jednostkę w codziennym funkcjonowaniu, których to trudności nie jest w stanie rozwiązać we własnym zakresie [Grołowska-Leder, 2008]. Relacje te mogą mieć charakter formalny – tj. zinstytucjonalizowany, określony najczęściej przepisami prawa – lub nieformalny, wynikający najczęściej z obyczaju lub poczucia więzi. W skład formalnych sieci wsparcia wchodzi zatem wszelkie instytucje opieki, podczas gdy do nieformalnych sieci zaliczyć należy rodzinę, przyjaciół, koleżeństwo, sąsiadów.

Pomiędzy tymi dwiema kategoriami występują liczne związki, przede wszystkim zakłada się, iż występuje komplementarność. W literaturze przedmiotu często bowiem spotkać można głosy mówiące, iż rozrost funkcji państwa opiekuńczego – tzw. etatyzacja wsparcia – samoistnie osłabił rodzinę, zmniejszając jej siłę i stabilność oraz modyfikując strukturę i postać, a pośrednio zmniejszając potencjalny i rzeczywisty zakres udzielanego wsparcia. Proces ten nazwany jest wypychaniem (*crowding-out*) przez państwo rodzinnych zobowiązań. W efekcie rozpoczęty proces rozbudowy publicznego wsparcia, poprzez osłabienie ważności zobowiązań rodzinnych, samoczynnie zwiększa zapotrzebowanie na dalszą publiczną redystrybucję zasobów, co przekłada się na nieefektywność ekonomiczną współczesnych wysoko rozwiniętych społeczeństw.

Problem ten został dokładnie zbadany przez H. Kündemunda [2008], który na podstawie przeglądu kilkunastu poświęconych temu zagadnieniu badań stwierdził, iż efekt wypychania uznać można jedynie za występujący sporadycznie, znacznie częściej mamy bowiem do czynienia z efektem wzmocnienia (*crowding-in*) występującym, gdy publiczne transfery stymulują pomoc prywatną. Praktycznym problemem, jaki jednak wytania się w tym przypadku, uniemożliwiającym wydanie rozstrzygającej oceny, jest brak pełnych danych z uwzględnieniem całkowitej mieszanki różnorodnych form wsparcia, wynikających z umów: publicznej i prywatnej. Co więcej, wiele wskazuje, iż interakcje pomiędzy wsparciem udzielanym przez państwo i rodzinę są zróżnicowane w zależności od klasy społecznej i typu rodziny.



Niektórzy badacze wskazują na brak substytucyjności pomiędzy wsparciem nieformalnym a formalnym. Badania wskazują, iż pomoc publiczna w znacznym stopniu kierowana jest do jednostek posiadających opiekunów rodzinnych, którzy jednocześnie są na tyle przedsiębiorczy, że potrafią „załatwić” dodatkową pomoc finansowaną ze środków publicznych. W tym samym czasie znaczna liczba osób pozbawionych możliwości odwołania się do wsparcia ze strony rodziny, wskutek problemów zdrowotnych, niewiedzy bądź niechęci, nie potrafi dotrzeć do odpowiednich instytucji [Attias-Donfut, Wolff, 2000].

Powyższy problem ma duże znaczenie praktyczne, zwłaszcza w kontekście starzenia się ludności i konieczności zapewnienia usług opiekuńczo-pielęgniacyjnych. Bez zwiększenia zaangażowania rodziny w opiekę nad swymi seniorami występuje przymus rozbudowy kosztownych usług publicznych. Realistycznie należy zdawać sobie jednak sprawę z tego, iż zachęcaniu rodzin do większego brania odpowiedzialności za swych starszych rodziców i dziadków towarzyszyć musi rozbudowa usług wspierających, takich jak szkolenia z zakresu obsługi niektórych urządzeń para-medycznych, umożliwienie wzięcia czasowego „urlopu”, ułatwienia w zamianie mieszkań lub dostęp do większych mieszkań komunalnych.

Rozrost liczby osób starszych w przyszłości samoistnie – zwłaszcza z perspektywy dzisiejszych problemów finansów publicznych – powinien zwiększać zainteresowanie nieformalnymi sieciami wsparcia seniorów, a przede wszystkim tym, czy i jak rodzina zaspokaja potrzeby osób starszych oraz tym, jak ją w owym zbożnym z punktu widzenia społecznych kosztów dziele wspomagać. Aby jednak móc dokonać takich osądów, niezbędne jest uprzednie przyjęcie jakiejś ogólnej perspektywy opisu wsparcia nieformalnego.

## 1.7. Podejścia teoretyczne do analizy rodzinnego wsparcia

Choć odwoływanie się do sieci stosowane jest w gerontologii od przełomu lat 1960. i 1970. (początkowo koncentrując się na grupie osób kontaktujących się twarzą w twarz i na więzi dorosłej osoby ze społeczeństwem za pośrednictwem udziału w takich grupach), stosowane pojęcia „sieci wsparcia”, w tym i „rodzinne sieci wsparcia” wbudowane są w różne podejścia teoretyczne. Co prawda, spośród trzech dominujących – teorii wymiany, teorii indywidualnego wyboru i modelu eskorty (*convoy model*) – znaleźć można liczne elementy wspólne sprawiające, iż ich konkurencyjność nie zasadza się na diadzie teza-antyteza. Przypatrzmy się bliżej tym trzem podejściom teoretycznym [Thomése i wsp., 2005].

Teoria wymiany zakłada, iż ludzie w toku swego życia dokonują stale oceny więzi, w jakie są zaangażowani, preferując takie więzi, w ramach których wymiana jest zrównoważona.



Podstawowym pojęciem w takim przypadku jest termin *wzajemność*, niezależnie od typu relacji – czy dotyczy ona bliskich krewnych, przyjaciół, znajomych. Wyróżnić przy tym można kilka typów „idealnych” wzajemności. Pierwszy z nich to wzajemność bezpośrednia, oznaczająca, iż wymiana dotyczy tego samego typu wsparcia w ograniczonym (tj. niezbyt długim) okresie. Inny typ to wymiana „na krzyż”, gdy mamy do czynienia z różnymi rodzajami wymienianego wsparcia (np. wsparcie materialne odpłacane jest wsparciem emocjonalnym). Wymiana może być też odroczone, gdy pomiędzy aktami przyjmowania i oferowania wsparcia mija dłuższy okres, niekiedy wiele lat. Czasami w wymianę zaangażowanych jest wiele osób. W takim przypadku mamy do czynienia z jej typem pośrednim lub uogólnionym. W pierwszym przypadku zasada wzajemności okazuje się być przechodnia – „skoro X pomógł Y, a Y wspierał Z, to spłatą zobowiązań niech będzie pomoc oferowana X przez Z”. W drugim przypadku w języku potocznym mówimy o altruizmie, gdyż temu typowi wzajemności nie towarzyszy po udzieleniu komuś pomocy oczekiwanie uzyskania rekompensaty od tej samej osoby czy w zbliżonym *quantum*.

W przypadku teorii wymiany pojawiają się jednak problemy z określeniem, czy starsze osoby powinny oczekiwać wsparcia ze strony innych, albowiem zgodnie z powszechną opinią zasoby znajdujące się w dyspozycji seniorów są niższe niż osób znajdujących się w innych fazach życia. Na ile jest to efekt cyklu życia<sup>3</sup>, na ile trend sekularny<sup>4</sup>, trudno powiedzieć. Usprawiedliwienia dla wysokiego poziomu zaangażowania uczestników rodzinnych sieci wsparcia można co prawda w takim przypadku upatrywać w dominacji wzajemności odroczonej lub wzajemności „na krzyż” (w tym ostatnim przypadku istnieją badania dowodzące, iż seniorzy „wymieniają” otrzymywane wsparcie instrumentalne – głównie w postaci usług – wsparciem emocjonalnym).

Innym stosowanym podejściem jest odwoływanie się do indywidualnych wyborów jednostki. W tym przypadku uznaje się, iż wielkość sieci i zaangażowanie w nią są rezultatem indywidualnych wyborów i strategii, zaś sama sieć jedynie narzędziem do osiągnięcia pożądanych celów (np. status społeczny, dobrobyt, dobrostan). W zależności od uznania, iż czynnikiem napędzającym uczestnictwo w sieci są przesłanki racjonalne lub zaangażowanie emocjonalne wyodrębnić można tu dwa podtypy, reprezentowane poniżej przez koncepcję kapitału społecznego i teorię społeczno-emocjonalnej selektywności.

<sup>3</sup> Przykładowo, dochody seniorów są z reguły niższe niż ich dochody w okresie wykonywania pracy zawodowej (stopa zastąpienia dochodów z pracy świadczeniami emerytalnymi wynosi we współczesnej Europie z reguły 40-60%).

<sup>4</sup> Zgodnie z teorią modernizacji zasoby osób starszych w długim okresie zmniejszają się wskutek z jednej strony mniejszej wartości dziedziczonych zasobów (rezultat odejścia od pracy w przekazywanych z pokolenia na pokolenie warsztatach pracy i zagrodach na rzecz pracy najemnej), z drugiej wskutek zmniejszającej się użyteczności wiedzy i społecznych kompetencji seniorów w warunkach szybkiego postępu społeczno-cywilizacyjnego.



Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

W pierwszym przypadku przyjmuje się, iż sieć jest jedynie zasobem dla jednostki. Punktem wyjścia jest przekonanie – podzielane z teorią wymiany – iż ludzie inwestują w innych, aby uzyskać dostęp do różnorodnych zasobów znajdujących się w posiadaniu tych innych. Tym, co odróżnia te dwa podejścia, jest uwzględnianie przez koncepcję kapitału społecznego, oprócz rachunku kosztów i korzyści występowania innych alternatywnych diad składających się na sieć oraz „bliskości”, jakości relacji z uczestnikami sieci.

Podejście drugie bazuje na założeniu, że interakcje są motywowane przez dwojakie dążenia: poszukiwanie informacji i kierowanie emocjami. Z uwagi na ważność horyzontu czasu dla określania wagi każdego z tych dwóch celów wiek oddziałuje na ich hierarchię. Osoby starsze – a zatem o krótszym horyzoncie czasu – preferują zaspokajanie emocji bardziej niż cele długookresowe (poszukiwanie informacji). Ponieważ emocje zaspokajają głównie osoby dobrze znane, wraz z wiekiem obumierają kontakty o peryferyjnym charakterze, utrzymywane są zaś te z osobami tworzącymi rdzeń każdej sieci – rodziną, przyjaciółmi. Podkreślić przy tym trzeba, iż wiek oddziałuje tu pośrednio, ważniejsza jest percepcja dalszego trwania życia.

Ostatnie stosowane podejście to „model eskorty” (*convoy model*), bazujący na teorii ról i teorii przywiązania. Punktem wyjścia jest przekonanie, iż przechodzenie przez drogę życia nie dokonuje się w pojedynkę, każda jednostka drogę tę pokonuje w eskorcie grupy innych osób, z którymi jest związana wymianą wsparcia. Wspomniany konwój dzieli się na trzy grupy, sferycznie otaczające jednostkę – im do niej bliżej, tym w większym stopniu relacje pomiędzy ego a daną osobą zdeterminowane są przez przywiązanie. Im odległość większa, tym większa waga zasad wynikających z pełnionych względem siebie ról społecznych. Ponieważ w przypadku relacji wynikających z pełnionych ról występują ograniczenia czasu trwania i sposobu wspierania, więzi te – choć niekiedy ważne i satysfakcjonujące – są bardziej kruche i podatne na zanikanie. Tymczasem relacje wynikające z przywiązania są bardziej stabilne i w przypadku wymiany wsparcia zawierają częściej elementy wzajemności odroczonej i wzajemności „na krzyż”. Stąd też w starszym wieku następuje – wraz z powolną utratą różnorodnych ról społecznych – wzrost ważności członków rodziny w strukturze (sieć) i funkcjach (wsparcie) nieformalnych sieci wsparcia.

## 1.8. Praktyczne problemy związane z badaniami nad rodzinnymi sieciami wsparcia

Z praktycznego punktu widzenia sformułować można kilka newralgicznych kwestii dotyczących funkcjonowania rodzinnych sieci wsparcia. Jak słusznie zauważa M. Murphy [2004: 34], zazwyczaj w przypadku koncentrowania się na opiece rodzinnej nadmierna uwaga skupiona jest na problemie, jak wielu potrzebujących wsparcia seniorów otrzymuje go od





swej rodziny, w mniejszym stopniu na tym, kto dostarcza pomocy, zaś w najmniejszym na kluczowym zapewne zagadnieniu – kto spośród krewnych i dlaczego nie udziela pomocy? Ważność praktyczna tej kwestii wynika przede wszystkim z pytania, na ile działania podejmowane przez instytucje mogą pobudzić członków rodziny do zmobilizowania się i podjęcia bardziej intensywnego i skutecznego wspierania swych seniorów i nestorów? Dodatkowo pamiętać należy, iż w przypadku analizy wspierania seniorów bada się częstość udzielania pomocy, a zdecydowanie rzadziej jej jakość, intensywność i spójność z potrzebami seniorów oraz możliwościami wspierających.

Pamiętać jednocześnie należy – prowadząc jakiegokolwiek badania – iż sama ocena jakości relacji w rodzinie z perspektywy seniora poddana jest pewnym zniekształceniom. Gerontologom – podobnie jak i socjologom rodziny – znana jest hipoteza podwyższonej wartości relacji międzypokoleniowych (*intergenerational stake hypothesis*), mówiąca, iż dokonując porównania ocen wzajemnych kontaktów między kolejnymi generacjami danej rodziny okazuje się, że przedstawiciele starszej generacji z reguły oceniają jakość relacji między diadami złożonymi z przedstawicieli dwóch pokoleń wyżej niż przedstawiciele młodszych generacji [Giarusso i wsp., 1995]. Dzieje się tak wskutek pomniejszania przez seniorów znaczenia wewnątrzrodzinnych konfliktów i nieporozumień, jak i wskutek niechęci do publicznego przyznawania się do największego zdaniem większości niepowodzenia życiowego – nieumiejętności stworzenia i utrzymania dobrych kontaktów z własnymi dziećmi, wnukami. W rezultacie dochodzi do swoistej idealizacji rodziny, o czym badając opinie ludzi starszych w tym względzie należy pamiętać.

**Należy uwzględnić fakt, iż seniorzy to nie tylko biorcy, ale również i dawcy wsparcia.** Samo przekazywanie pomocy w ramach rodziny charakteryzuje się bowiem pewnymi stałymi wzorcami [Szukalski, 2002], uwarunkowanymi przede wszystkim fazą życia, a zatem i wiekiem. Badania prowadzone na terenie Europy Zachodniej wskazują, iż **choć seniorzy to przede wszystkim biorcy czasu** – a zatem w przypadku osób po 70. roku życia czas otrzymywany od innych w postaci usług przewyższa czas przekazywany innym członkom rodziny – **są oni jednocześnie dawcami netto zasobów materialnych, przekazując pokoleniom dzieci i wnuków: pieniądze, tytuły własności, prawa majątkowe**. Również badania prowadzone w Polsce potwierdzają występowanie takiego właśnie kierunku przepływu zasobów materialnych [Styrz, 2008].

W zdecydowanie większym zakresie niż dotychczas trzeba również uwzględnić pozarodzinne nieformalne sieci wsparcia, przede wszystkim te zbudowane na więzi sąsiedzkiej, jak i na innych quasi-rodzinnych więziach (przyjacielskiej, koleżeńskiej). Są one zazwyczaj pomijane, tymczasem z perspektywy wielu seniorów – zwłaszcza tych pozbawionych bliskich krewnych, lub których rodzina mieszka w oddaleniu – posiadają one kluczowe znaczenie w zaspokajaniu podstawowych potrzeb dnia codziennego.



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**ROPS**  
Regionalny Ośrodek  
Polityki Społecznej  
Województwa Śląskiego



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

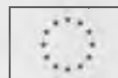
## 1.9. Podsumowanie

Niniejszy tekst rozpoczęto od stwierdzenia, iż proces starzenia się ludności jest ważny ze społecznego punktu widzenia, gdyż populacja osób starszych to zbiorowość posiadająca swoją specyfikę – a mianowicie szczególne potrzeby, różniące się nie tylko co do istoty, zestawu, lecz i co do intensywności. Patrząc z tej perspektywy, spodziewany w najbliższych dekadach wzrost liczby osób starszych zmieni oblicze tych wszystkich dziedzin życia społecznego, w których osoby starsze uczestniczą, a zatem *de facto* wszystkich sfer życia.

Wzrost liczby osób starszych, a zwłaszcza tych najstarszych przekładać się będzie na rozrost populacji osób wymagających wsparcia. Rozwój nowoczesnych technologii medycznych i technologii sprzyjających samodzielności, pomimo wprowadzania co i rusz coraz doskonalszych „protez cywilizacyjnych” (wszelkie utensylia zastępujące utraconą siłę, sprawność manualną i intelektualną), nie rozwiąże problemu, co najwyżej ograniczy nieco jego skalę. Wsparcie to wiązać się może z rosnącymi kosztami funkcjonowania zinstytucjonalizowanej pomocy – przemawia za tym zarówno niezakończona „etatyzacja” wsparcia, jak i rosnąca skala niemożności zaspokajania potrzeb seniorów przez ich rodziny. Owa niemożność nie oznacza w każdym przypadku dysfunkcjonalności, czy chociażby rodzinnych niesnasek. Będzie związana z rozrostem populacji osób bezdzietnych i małodzietnych, tych, które nigdy nie założyły rodziny lub się rozwiodły i nie wykonując codziennej pieczy nad potomstwem, utraciły z nim kontakt, czy też z konsekwencjami migracji na duże odległości.

Tym bardziej – chociażby w trosce o koszty – myśleć należy o tym, jak w przyszłości bardziej skutecznie wspierać seniorów, w tym jak skuteczniej wspierać wspierające ich rodziny. Odpowiedź na to pytanie jest niezwykle ważna, stanowiąc jeden z podstawowych elementów przygotowania do starości jako zadania dla zbiorowości [Szukalski, 2009]. Owo przygotowanie to nic innego jak działania podejmowane przez organa państwa, samorząd, instytucje społeczne, ukierunkowane na zaspokajanie w przyszłości potrzeb społeczeństwa, w którym wzrasta udział osób starszych. O wadze tego elementu przygotowania do starości świadczą wyniki badań wskazujące, iż w przypadku osób dziś będących na przedpolu starości wciąż dominuje oczekiwanie, iż to rodzina będzie głównym wspierającym podmiotem, oczekiwanie, które jednak – realistycznie – formułowane jest bardziej jako dezyderat niż coś pewnego [Bojanowska, 2009].

We współczesnej Polsce brak jest realnej wiedzy na temat pozycji osób starszych, ich potrzeb i zasobów. Większość podejmowanych projektów poznawczych w tym względzie bazuje na zideologizowanych założeniach odnośnie do charakteru owych kategorii, ograniczając się albo do analizy źródeł wtórnych, podających informacje zagregowane, albo do analizy kategorii symbolicznych. Brak nam wciąż wiedzy, diagnozy o wysokiej jakości, stanowiącej punkt wyjścia do budowy działań, poprawiających sytuację obecnych i przyszłych seniorów. Mam nadzieję, iż prezentowane w niniejszym tomie badanie, przynajmniej w podstawowym zakresie, dostarczy wiedzy niezbędnej dla przygotowania strategii wspierania seniorów na terenie województwa śląskiego.



## 1.10. Literatura

Attias-Donfut C., Wolff F.-Ch., 2000, *Complementarity between private and public transfers*, [w:] S. Arber, C. Attias-Donfut (eds.), *The myth of generational conflict. The family and state in ageing societies*, Routledge, London, New York, 47-68.

Bojanowska E., 2009, *Opieka nad ludźmi starszymi*, [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, ISP, Warszawa, 207-230.

Braithwaite V., 2002, *Reducing ageism*, [w:] T. D. Nelson (ed.), *Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons*, MIT Press, Cambridge, Mass., London, 311-337.

Giarusso R., Stallings M., Bengtson V. L., 1995, *The „intergenerational stake” hypothesis revisited: Parent-child differences in perceptions of relationships 20 years later*, [w:] V. L. Bengtson, K. W. Schaie, L. M. Burton (eds.), *Adult intergenerational relations. Effects of societal change*, Springer, New York, 227-263.

Grotowska-Leder J., 2008, *Wsparcie społeczne w perspektywie teorii socjologicznych – kontekst więzi społecznej, sieci społecznych, sieci wymiany społecznych*, [w:] J. Grotowska-Leder (red.), *Sieci wsparcia społecznego jako przejaw integracji i dezintegracji społecznej*, Wyd. UŁ, Łódź, 9-27.

GUS, 1991, *NSP 1988, Inwalidzi w Polsce w latach 1978-1988*, Warszawa, s. 330.

GUS, 2003, *NSP'2002. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe. Cz. I. Osoby niepełnosprawne*, ZWS GUS, Warszawa, s. 227.

GUS, 2009, *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, ZWS GUS, Warszawa, 328 s., dostępna na stronie [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_5744\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_5744_PLK_HTML.htm).

GUS, 2012, *Trwanie życia w 2011 r.*, ZWS GUS, Warszawa, 80 s., dostępne na stronie [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_4721\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_4721_PLK_HTML.htm).

GUS, 2011a, *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2011*, ZWS GUS, Warszawa, 741 s., dostępne na stronie [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_737\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_737_PLK_HTML.htm).

Künemund H., 2008, *Intergenerational relations within the family and the state*, (w:) Ch. Saraceno (ed.), *Families, ageing and social policy. Intergenerational solidarity in European welfare states*, Edward Elgar, Cheltenham (UK), Northampton (MA), 105-122.



Projekt 1.16 „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Marshall V. W., Matthew S. H., Rosenthal C. J., 1993, *Elusiveness of family life: a challenge for sociology of aging*, "Annual Review of Gerontology and Geriatrics", vol. 13, numer specjalny "Focus on kinship, aging, and social change" pod redakcją G. L. Maddoxa, M. P. Lawtona, 39-72.

Murphy M., 2004, *Models of kinship from the developed world*, [w:] S. Harper (ed.), *Families in ageing societies. A multi-disciplinary approach*, Oxford University Press, Oxford, New York, 31-52.

Pearlin L. I., Pioli M. K., McLaughlin A. E., 2001, *Caregiving by adult children. Involvement, role disruption, and health*, [w:] R. H. Binstock, L. K. George (eds.), *Handbook of aging and social sciences*, 5<sup>th</sup> ed., Academic Press, San Diego, 238-254.

Styrc M., 2008, *Transfery finansowe i opieki pomiędzy gospodarstwami domowymi*, [w:] J. Grotowska-Leder (red.), *Sieci wsparcia społecznego jako przejaw integracji i dezintegracji społecznej*, Wyd. UŁ, Łódź, 110-124.

Szukalski P., 2002, *Przeptywy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. UŁ, Łódź, s. 234.

Szukalski P., 2009, *Przygotowanie do starości jako zadanie dla jednostek i zbiorowości*, [w:] P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, ISP, Warszawa, 39-55.

Szweda-Lewandowska Z., 2008, *Prognoza zapotrzebowania w domach pomocy społecznej dla osób w wieku 75 lat i więcej*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią*, Wyd. UŁ, Łódź, 125-151.

Thomé F., van Tilburg T., van Groenou M. B., Knipscheer K., 2005, *Network dynamics in later life*, [w:] M. L. Johnson (ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing*, Cambridge University Press, Cambridge – New York, 463-468.

Tobiasz-Adamczyk B., 2000, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, (wyd. III), Wyd. UJ, Kraków, s. 260.